

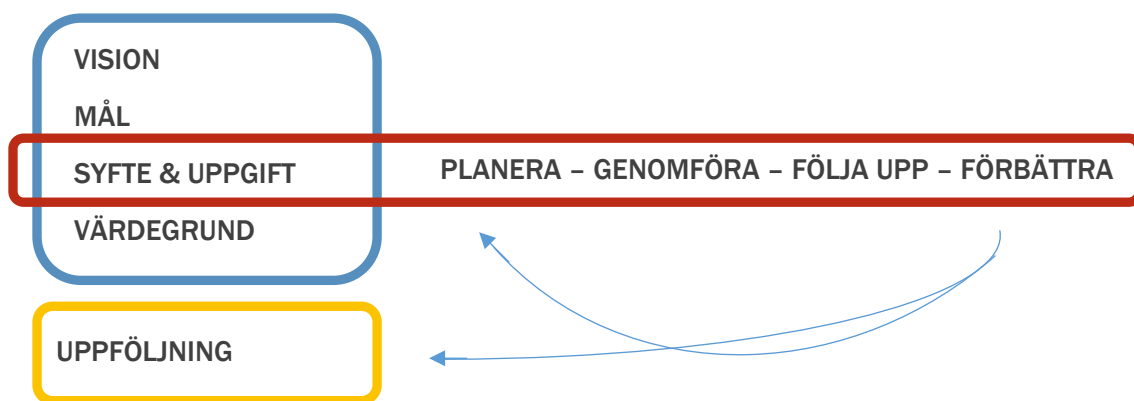
ÖCKERÖ KOMMUN

Dokumenttyp	Riktlinje
Beslutsdatum:	
Beslutande:	Kommunfullmäktige
Giltighetstid:	Tillsvidare
Dokumentansvarig:	Planeringsledare – kvalitet och utveckling
Upprättad av:	Kvalitet- och utvecklingsgruppen

KVALITETSLEDNINGSSYSTEM FÖR ÖCKERÖ KOMMUN - riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete

1. Inledning

Ett gott resultat i Öckerö kommun definieras som *”Erbjuda service till dem vi är till för utifrån de behov som finns, till lägsta möjliga kostnad”*. För att nå ett gott resultat behövs arbetssätt som leder till det förväntade resultatet.



Öckerö kommuns politiska styrning – *vad* – regleras i kommunens styrmodell (policy för ledning och styrning) innehållande vision och uppdrag (mål, uppgift, värdegrund). Kvalitetsledningssystemet definierar *hur* verksamheten bedrivs.

Kvalitetsledningssystemet tar sin utgångspunkt i processerna och ska leda till ständiga förbättringar av verksamheten. Med processer menas de arbetssätt som finns i

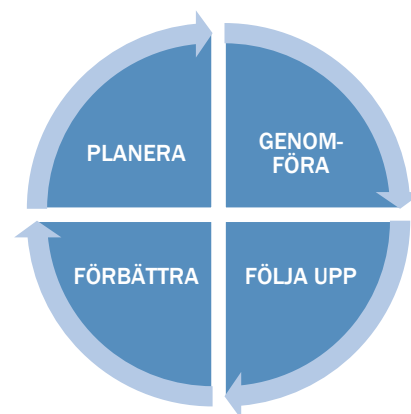
verksamheten. I dokumentet används process som begrepp, men likställs med kartlagda arbetssätt. En process definieras som kartlagda aktiviteter som upprepas i tiden och vars syfte är att skapa värde för de vi är till för.

Grundtanken är att det är genom arbetssätt/processer som man når det förväntade resultatet. Genom att kartlägga värdeskapande processer får man kontroll på dessa och på verksamhetens resultat. Ett systematiskt förbättringsarbete som bygger på delaktighet, där medarbetarnas idéer används för utveckling av arbetssätten, bidrar till en god kvalitet och effektivitet. Många frågor behöver lösas horisontellt genom våra verksamheter och förvaltningar och ett processinriktat arbetssätt bidrar till detta. Att arbeta processororienterat handlar om att fokusera på nyttan för de vi är till för och hur man skapar den nyttan.

Uppföljning av verksamheten sker genom egenkontroller eller självskattning samt mått. Detta skapar en bild av hur väl verksamheten lever upp till förväntat resultat och inom vilka områden som förbättringar behövs.

Systematiken i kvalitetsarbetet beskrivs genom:

- Planera – hur ska vi göra för att leverera ett gott resultat?
- Genomföra – gör vi som vi planerat?
- Följa upp – har det lett till förväntat resultat?
- Förbättra – åtgärda brister och utveckla processen



Syfte

Kvalitetsledningssystemet¹ ska säkerställa att förvaltningens verksamheter har en god kvalitet och att verksamheterna ständigt utvecklas. Det säkerställer också att förvaltningarna utvecklar ändamålsenliga tjänster av god kvalitet och med hög produktivitet, dvs. hög effektivitet.

Den löpande dokumentationen av insatser och arbeten ger ett verktyg att visa vad som görs och hur, samt att kontrollera att vi gör på rätt sätt. Genom dokumentationen skapas förutsättningar för spårbarhet, kontroll och uppföljning som är viktiga delar i kvalitetsledningssystemet.

De som bedriver verksamhet måste skapa förutsättningar för medarbetare att delta i det systematiska förbättringsarbetet. Medarbetarnas erfarenheter avseende verksamhetens kvalitet ger värdefull information i arbetet med att säkra kvaliteten och vidareutveckla verksamheten. På så sätt blir verksamheten en lärande organisation.

¹ ”Detta ledningssystem överensstämmer med de krav som ställs i Socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) om att verksamhetens insatser ska vara av god kvalitet, utföras av personal med lämplig utbildning och erfarenhet samt att kvaliteten systematiskt och förlöpande utvecklas och säkras. Det överensstämmer även med de krav som ställs i Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för verksamheter enligt SoL, LSS och HSL (SOSFS 2011:9). Riktlinjerna ska också tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som ska bedrivas enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (PSL).”

Övergripande ansvar

Nämnd:

- Socialnämnden är vårdgivare och den som, enligt lagar och föreskrifter, ansvarar för kvalitetsledningssystemet.
- Barn- och utbildningsnämnden är som huvudman ytterst ansvarig för genomförandet av utbildningen och den som ska se till att det finns förutsättningar att bedriva ett kvalitetsarbete som säkerställer kvalitet och likvärdighet.

Förvaltningschef rapporterar till nämnd och kommundirektör. Förvaltningschefen ansvarar för att:

- förvaltningen har förutsättningar för och arbetar enligt kommunens kvalitetsledningssystem
- leda och fördela kvalitetsarbetet i enlighet med styrmodellen
- säkerställa att verksamhetens medarbetare arbetar i enlighet med kvalitetsledningssystemet och att beslutade processer och rutiner är kända av medarbetarna
- se till så att analyser görs

Verksamhetschef och **enhetschef** ansvarar för att det i verksamheten bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete enligt kvalitetsledningssystemet, att analyser genomförs vilka rapporteras till förvaltningschef och att det finns förutsättningar för att utveckla verksamheten.

2. Planera – processer och riskanalys

Definiera processer

Verksamheten ska identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet, såsom huvudprocesser, ledningsprocesser och stödprocesser.

Det är ett kontinuerligt arbete att identifiera och fastställa dessa processer. De processer som bedöms som särskilt viktiga för att säkra verksamhetens kvalitet kartläggs i detalj. Utifrån behov som framkommer genom det systematiska förbättringsarbetet kartläggs efterhand även de processer där verksamheten bedömer att det finns risker för att tillräcklig kvalitet inte kommer att uppnås, eller där det finns indikationer på att processen inte fungerar tillfredställande.

Roller

Till varje process utses processägare, styrgrupp processledare, processutvecklingsgrupp, processgrupp och resursägare.

- *Processägare*: Processägare är den som har mandat och resurser som ger förutsättningar för att utföra och utveckla processer. Utser processledare, processutvecklingsgrupp och processgrupp. Ingår i styrgrupp.
- *Styrgrupp*: Styrgruppen säkerställer att processen ligger i linje med kommunens mål. De fastställer processutvecklingsgruppens förslag på förändringar.
- *Processledare*: Utses av processägaren för att löpande ansvara för drift och utveckling av processen. Representera processen i ledningen med mandat att svara för att processen som helhet är ändamålsenlig och effektiv. Processledaren sammankallar processgrupp.
- *Processutvecklingsgrupp*: Utses av processägare. Tvärfunktionell grupp som representerar processens olika delar. Deltar i utveckling av processen. Processgruppens deltagare ansvarar för att förankra förändrade arbetssätt i linjeorganisationen.
- *Processgrupp*: Utses av processägare. Arbetar enligt processen och säkerställer processens syfte. Löpande identifiera utvecklingsmöjligheter. Processgruppens deltagare ansvarar för att förankra förändrade arbetssätt i linjeorganisationen.
- *Resursägare*: Linjechef till gruppdeltagare. Ansvarar för att möjliggöra deltagande i processens olika grupper och ser till att gruppdeltagare har forum för processfrågor i linjeorganisationen.

Dokumentation

Identifierade och fastställda processer dokumenteras och finns tillgängliga för alla medarbetare i en IT-baserad processtruktur. Processer kartläggs i system för processkartläggning.

Bedöma och analysera risker

I riskanalysen identifieras de risker som kan uppstå och som gör att processen inte kan genomföras som det är tänkt och om det finns risk att händelser kan inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Syftet är att identifiera vad som kan gå fel och arbeta förebyggande.

1. Beskriv de risker som finns att inte processen kan genomföras som det är tänkt. Utgå ifrån en process och dess delprocesser. Finns en processkartläggning med beskrivna aktiviteter kan den med fördel användas.
2. Riskbedöm varje risk utifrån sannolikhet och konsekvens.
3. Analysera orsaken till risker.
4. Utgå ifrån orsaker och ta fram åtgärder som förbättrar processen och minimerar risken.

Risikanalyser genomförs:

- när en ny process identifieras och/eller introduceras i verksamheten
- vid större förändringar i verksamheten (ny metod, ny organisation, etc.)
- när avvikelser som uppmärksammas på en enhet sannolikt bedöms inträffa på andra enheter

Dokumentationsskyldighet

Alla genomförda riskanalyser dokumenteras i kommunens systemstöd för kvalitetsledning.

Ansvarsfördelning

	Nämnd	- ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten och att det används systematiskt och fortlöpande för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE	Förvaltningschef	- fastställer organisation och årsplanering för processarbetet - fastställer kartlagda processer - fastställer process för riskanalys - ansvarar för att genomföra riskbedömning och riskanalys på förvaltningsnivå
	Verksamhetschef (EC där VC saknas)	- ansvarar för att de processer i verksamheten som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet är identifierade, beskrivna och fastställda - ansvarar för att genomföra riskbedömning och riskanalys inom sitt verksamhetsområde
	Enhetschef	- ansvarar för att implementera processer och förändringar i processer i sin verksamhet - ansvarar för att arbetet sker utifrån fastställda processer i sin verksamhet - ansvarar för att genomföra riskbedömning och riskanalys på sin enhet
	Processägare	- ansvarar för att utveckla och kvalitetssäkra sin process - ansvarar för att genomföra riskbedömning och riskanalys av sin process
	Styrgrupp	- säkerställer att processen ligger i linje med kommunens mål - fastställer processutvecklingsgruppens förslag på förbättringar
	Processledare	- sammankallar och leder processgrupper - stöder processägare vid kartläggning och implementering av processer, förändringar i processer och riskanalyser
	Processutvecklingsgrupp	- deltar i utveckling av processen - ansvarar för att förankra förändrade arbetssätt i linjeorganisationen
	Processgrupp	- arbetar enligt processen och säkerställer processens syfte - ansvarar för att förankra förändrade arbetssätt i linjeorganisationen
	Resursägare	-

	Medarbetare	<ul style="list-style-type: none"> - deltar i framtagande och utveckling av processer - deltar i riskanalyser
UPPFÖLJNING/STÖD	Verksamhets- utvecklare	<ul style="list-style-type: none"> - sammanställer årligen det förbättringsarbete som utförts i processer och rapporterar till förvaltningsledning och nämnd - stöder processamordnare vid utveckling och kvalitetssäkring av processer - stöder enhetschefer vid implementering av processer - ansvarar för kompetensutveckling inom kvalitetsledning - dokumentera och utvärdera processer - dokumentera risker i systemet - sammanställer årligen genomförda riskanalyser och rapporterar till förvaltningsledning
	MAS/MAR (Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska/ Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering)	<ul style="list-style-type: none"> - sammanställer årligen det patientsäkerhetsarbete som utförts och rapporterar till förvaltningsledning och nämnd - stöder processamordnare vid utveckling och kvalitetssäkring av processer relaterad till hälso- och sjukvård - stöder enhetschefer vid implementering av processer relaterade till hälso- och sjukvård - stöder vid kompetensutveckling inom kvalitetsutveckling relaterad till hälso- och sjukvård - utvärderar processer relaterade till hälso- och sjukvård - stöder vid riskanalyser relaterade till hälso- och sjukvård
	Ekonom	<ul style="list-style-type: none"> - stöder processägare med produktivitetsberäkning av processer

3. Genomföra

Verksamheten ska genomföras enligt beskrivna processer. För att det systematiska kvalitetsarbetet ska kunna utvärderas är det av vikt att verksamheten utförs enligt det sätt som är beskrivet.

Verksamheten ska genomföra identifierade förbättringsåtgärder. Att kontinuerligt genomföra åtgärder höjer verksamhetens kvalitet och/eller produktivitet. Analys av insamlad fakta: riskanalys, nyckeltal, synpunkter, avvikelser och checklistor utgör underlag för identifiering av förbättringsåtgärder.

Ständig utveckling av processen och verksamheten sker genom:

- *Planering* av processer och riskanalys
- **Genomförande** av förbättringsåtgärder som identifieras utifrån riskanalys och kvalitetsfaktorer
- *Uppföljning* av kritiska kvalitetsfaktorer, checklistor och om åtgärder blivit genomförda

Ansvarsfördelning

	Nämnd	- ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten och att det används systematiskt och fortlöpande för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE	Förvaltningschef	- genomföra förbättringsåtgärder
	Verksamhetschef (EC där VC saknas)	- genomföra förbättringsåtgärder
	Enhetschef	- genomföra förbättringsåtgärder
	Processägare	- genomföra förbättringsåtgärder
	Processledare	- genomföra förbättringsåtgärder
	Processgrupp	- arbetar enligt processen och säkerställer processens syfte - ansvarar för att förankra förändrade arbetssätt i linjeorganisationen
	Medarbetare	- arbeta enligt fastställda processer och rutiner
UPPFÖLJNING /STÖD	Verksamhets- utvecklare	- stödja i genomförande av åtgärder - sammanställda genomförda åtgärder inför uppföljning
	MAS/MAR	- stödja i genomförande av åtgärder relaterade till hälso- och sjukvård - sammanställa genomförda åtgärder relaterade till hälso- och sjukvård inför uppföljning
	Ekonom	-

4. Följa upp

Uppföljning görs med hjälp av egenkontroller eller självskattning, mått, avvikelser och synpunkter samt om förbättringsåtgärder är genomförda. Genom uppföljning skapas en bild av hur väl verksamheten lever upp till förväntat resultat och inom vilka områden som förbättringar behövs.

Självskattning och egenkontroller används för att utvärdera verksamheten och för att utvärdera arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet.

Avvikelser och synpunkter är indikatorer på hur väl en process genomförs. Om en process har många avvikelser eller synpunkter bör åtgärder tas fram. Avvikelser som utgör allvarlig kvalitetsbrist eller en påtaglig risk för detta ska dokumenteras och analyseras som risk i systemstöd. Dessutom ska dessa rapporteras och utredas enligt fastställd process för avvikelshantering. Alla klagomål och synpunkter ska dokumenteras och utredas enligt fastställd process för detta. Alla avvikelser och synpunkter ska även sammanställas och analyseras för att trender och mönster ska kunna uppmärksammas. Vid behov görs anmälan till IVO (utifrån lex Sarah eller lex Maria) enligt fastställda processer för detta.

Respektive uppföljning sker enligt fastställd intervall som beskrivs i systemstöd.

4.1 Organisation

Om resultat från uppföljningen indikerar utvecklingsområden i en process, kontaktas berörd processamordnare.

4.2 Dokumentationsskyldighet

Uppföljning dokumenteras och förvaras systematiskt i kommunens systemstöd, för att kunna sammanställas årligen.

Alla rapporterade avvikelser dokumenteras i elektroniska avvikelshanteringssystem eller, om inte det är tillgängligt, på blankett. All dokumentation rörande avvikelser ska förvaras systematiskt.

All dokumentation rörande klagomål och synpunkter ska förvaras systematiskt.

4.3 Ansvarsfördelning

	Nämnd	<ul style="list-style-type: none">- ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten och att det används systematiskt och fortlöpande för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE	Förvaltningschef	<ul style="list-style-type: none">- fastställer processer och årsplanering för uppföljning- ansvarar för att resultat från uppföljningen analyseras på förvaltningsnivå- fastställer processer kopplade till avvikelse- och synpunktshantering- ansvarar för att avvikelser och synpunkter sammanställs och analyseras på förvaltningsnivå
	Verksamhetschef (EC där VC saknas)	<ul style="list-style-type: none">- ansvarar för att uppföljningen analyseras på verksamhetsområdes- respektive enhetsnivå- ansvarar för att avvikelser och synpunkter sammanställs och analyseras på verksamhetsområdes- respektive enhetsnivå- rapporterar analys och resultat till överordnad chef
	Enhetschef	<ul style="list-style-type: none">- ansvarar för att fastställd uppföljning genomförs på sin enhet och att detta sker tillsammans med medarbetare

		<ul style="list-style-type: none"> - ansvarar för att åtgärda brister i verksamheten som upptäcks vid uppföljning - ansvarar för att avvikelser och synpunkter hanteras enligt fastställda processer - ansvarar för att avvikelser och synpunkter sammanställs och analyseras på enhetsnivå enligt fastställd process - bidrar till sammanställning och analys av avvikelser och synpunkter på enhetsnivå enligt fastställd process - rapporterar analys och resultat till överordnad nivå
	Processägare	<ul style="list-style-type: none"> - ansvarar för att vid behov sammankalla processgrupp för att utveckla och kvalitetssäkra sin process
	Processledare	<ul style="list-style-type: none"> - sammankallar och leder processgrupper - stöder enhetschefer i uppföljningsarbetet - stöder enhetschefer vid sammanställning och analys av avvikelser och synpunkter
	Medarbetare	<ul style="list-style-type: none"> - deltar i uppföljningsarbetet - rapporterar uppmärksammade avvikelser - bidrar vid utredning och analys av avvikelser och synpunkter
UPPFÖLJNING / STÖD	Verksamhets-utvecklare	<ul style="list-style-type: none"> - sammanställer årligen resultat från uppföljningen samt vidtagna åtgärder och rapporterar till förvaltningsledning - sammanställer rapporterade avvikelser och synpunkter samt vidtagna åtgärder till förvaltningsledning - stöder chefer vid hantering av avvikelser och synpunkter
	MAS/MAR	<ul style="list-style-type: none"> - Sammanställer årligen resultat från uppföljning samt vidtagna åtgärder, gällande ärenden som är relaterade till hälso- och sjukvård, och rapporterar till förvaltningsledning - Sammanställer rapporterade avvikelser, synpunkter och klagomål relaterade till hälso- och sjukvård samt vidtagna åtgärder till förvaltningsledning - Stöder chefer vid hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål som är relaterade till hälso- och sjukvård
	Ekonom	

5. Förbättra

Förbättringar är en integrerad del av momenten ”Planera” och ”Följa upp”.

I riskanalysen identifieras förbättringar för att minimera risken.

Om ett mått eller självskattning/egenkontroll indikerar att processen inte fungerar som det är tänkt, analyseras problemet och en åtgärd tas fram för att förbättra processen.

I det systematiska kvalitetsarbetet fångas goda idéer upp och som ska leda till förbättringar i verksamheten.

Uppföljning görs av identifierade och dokumenterade förbättringsåtgärder.

5.1 Organisation

Om resultat från uppföljningen indikerar utvecklingsområden i en process, kontaktas berörd processamordnare som tillsammans med processgrupp ansvarar för att analysera och förbättra processen. Processamordnare rapporterar till processägare.

5.2 Dokumentation

Förbättringsåtgärder dokumenteras och förvaras systematiskt i kommunens systemstöd.

5.3 Ansvarsfördelning

	Nämnd	<ul style="list-style-type: none">- ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten och att det används systematiskt och fortlöpande för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE	Förvaltningschef	<ul style="list-style-type: none">- ansvarar för att identifierade förbättringsåtgärder analyseras utifrån ett förvaltningsperspektiv
	Verksamhetschef (EC där VC saknas)	<ul style="list-style-type: none">- ansvarar för att identifierade förbättringsåtgärder analyseras utifrån ett verksamhetsområdes- /enhetsperspektiv- rapporterar förbättringsåtgärder av övergripande karaktär till överordnad chef
	Enhetschef	<ul style="list-style-type: none">- ansvar för att enheten utför identifierade förbättringsåtgärder på processen- rapporterar förbättringsåtgärder till överordnad nivå
	Processägare	<ul style="list-style-type: none">- ansvarar för att förbättringsåtgärder blir genomförda
	Processamordnare	<ul style="list-style-type: none">- sammankallar och leder processgrupper- stöder enhetschefer i förbättringsarbetet
	Processgrupp	<ul style="list-style-type: none">- deltar i förbättringsarbetet
	Medarbetare	<ul style="list-style-type: none">- deltar i förbättringsarbetet
UPPFÖLJNING / STÖD	Kvalitetsutvecklare	<ul style="list-style-type: none">- stöder chefer i förbättringsarbete
	MAS/MAR	<ul style="list-style-type: none">- stöder chefer i förbättringsarbete relaterat till hälso- och sjukvård
	Ekonom	

6. Koppling till andra styrdokument

Koppling till andra kommunala styrdokument:

- Policy för styrning och ledning
 - Det systematiska kvalitetsarbetet är del av kommunens styrning och ledning.